Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
Carpeta Nº 2478 de 2013

Versión Taquigráfica N° 1939 de 2013

SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGÍA
ver exposición

LICENCIADO EN NUTRICIÓN
ver exposición

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 15 de octubre de 2013

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Daniel Bianchi.

MIEMBROS: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada, Daniel Radío y Berta Sanseverino.

DELEGADO DE SECTOR: Señor Representante Javier García.

INVITADOS: Doctores Ricardo Lluberas, Tomás Dieste, Pablo Vázquez, Pedro Trujillo y Pablo Díaz.

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el gusto de recibir a una delegación de la Sociedad Uruguaya de Cardiología, integrada por los doctores Ricardo Lluberas, Tomás Dieste, Pablo Vázquez, Pedro Trujillo y Pedro Díaz.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Agradezco la visita de la delegación.

Como saben, a fines del año pasado, el Fondo Nacional de Recursos dictó una resolución a través de la cual monopolizó la provisión de stent, por lo que la Sociedad Uruguaya de Cardiología y el Fondo fueron convocados para dar su opinión. A eso le dedicamos un buen tiempo en la Comisión. Hace dos o tres meses, nuevamente solicitamos la convocatoria de la Sociedad Uruguaya de Cardiología y del Fondo Nacional de Recursos para que hicieran una evaluación, en virtud del público conocimiento que hubo sobre algunos problemas en pacientes a los que se les colocó stent.

El motivo fundamental de esta convocatoria es preguntar a la delegación su opinión sobre cómo evolucionó este proceso con la empresa que proveedora los stents. La semana pasada, concurrió el Fondo Nacional de Recursos y nos informó sobre el acuerdo al que llegó con la Cámara de IMAE, del que seguramente tengan conocimiento porque sabemos que durante varios meses fue fruto de una negociación, lo que postergó la

venida a la Comisión. Además, presentó un estudio denominado "Evaluación de los Resultados de la Angioplastia Coronaria", que es una comparación sobre el resultado del sistema con suministro de stents; suministro monomarca versus suministro multimarca. También presentó otro estudio.

Por lo tanto, queremos consultar a la Sociedad Uruguaya de Cardiología acerca de la evaluación de estos seis meses de colocación de stents a partir de una única marca, debido a la decisión que tomó el Fondo Nacional de Recursos.

Asimismo, cuando concurrió el Fondo Nacional de Recursos le formulamos una pregunta y nos respondieron que era mejor que la contestara la Sociedad Uruguaya de Cardiología. Preguntamos qué opinión tienen ustedes acerca de este acuerdo y si lo comparten. Queremos conocer su opinión como técnicos, como profesionales y como personas que están directamente vinculadas con la técnica que estamos analizando. ¿Ha habido problemas? Si los hubo, ¿cuáles fueron?

SEÑOR LLUBERAS.- Nosotros elaboramos un pequeño documento -al que será bueno dar lectura a los efectos de que no haya contradicciones-, que está firmado por la Sociedad Uruguaya de Cardiología y por la Cátedra de Cardiología; es decir que es un documento hecho en conjunto.

El documento expresa lo siguiente: "La Sociedad Uruguaya de Cardiología y la Cátedra de Cardiología han mantenido en todo momento, y desde el planteo inicial de la idea, una posición firme contraria a la implementación de un monopolio en el suministro de stents coronarios en el Uruguay.- Desde ese momento se insistió que nuestra postura no era específicamente en contra de una determinada empresa que fuera adjudicataria de la licitación sino que estábamos a favor de la diversidad de opciones que aseguraran un mejor tratamiento para nuestros pacientes.- Dicha posición fue comunicada a las autoridades sanitarias en múltiples reuniones y notas enviadas al FNR y MSP.- Una vez en funcionamiento el nuevo sistema, en febrero del corriente año, se constataron dificultades técnicas e incidentes de variada seriedad en una frecuencia que llamó la atención al conjunto de los cardiólogos intervencionistas. Se acordó llevar a cabo una recopilación de casos a medida que aparecían las dificultades y presentarlos a la Dirección Técnica del FNR. En poco más de 4 meses se reportaron 20 incidentes, algunos de ellos serios.- Para los especialistas uruguayos la evidencia acumulada ha sido clara en cuanto a las dificultades originadas por el nuevo sistema y se ha solicitado en varias oportunidades su revocación. Las autoridades del FNR y del MSP han rechazado de plano esta posibilidad, esgrimiendo motivos económicos y utilizando como arma científica, resultados de investigaciones llevadas a cabo por médicos empleados del propio FNR o contratados por este organismo unilateralmente en el extranjero.- Frente a esta difícil situación, los Cardiólogos Intervencionistas reunidos en la Sociedad de Cardiología consideraron inconducente el reporte "puntual" de los incidentes surgidos a partir del sistema implementado, por lo que suspendieron el reporte de los mismos al FNR en julio 2013. Se entendió que no estaban dadas las garantías de imparcialidad para continuar con investigaciones adicionales.- Hemos optado por continuar trabajando de la mejor manera posible con el material proporcionado por el FNR, Sin embargo, esto ha determinado a nuestro entender un retroceso en el nivel de la Cardiología Intervencionista en nuestro país.- Si bien el FNR y el MSP destacan los excelentes resultados del nuevo sistema, han decidido, luego de negociaciones con la Cámara de IMAE (integrante de la Comisión Honoraria Administradora del FNR), autorizar el uso de hasta un 5% de stents de diferente marca en pacientes que los Cardiólogos Intervencionistas deberán seleccionar.- La posición de la Cátedra y la SUC ha sido contraria a esta decisión, todavía no comunicada oficialmente por las autoridades. Nuestro planteo ha sido desde el inicio a favor de la diversidad de opciones, de tal manera que el paciente reciba el mejor tratamiento de acuerdo a su situación concreta.- El FNR está reconociendo el grave error cometido al implementar el monopolio. Con esta medida intenta sin embargo trasladar al cardiólogo tratante la responsabilidad de seleccionar a un mínimo número de pacientes que a su criterio se beneficiarán del uso de otros dispositivos.- Para finalizar, reiteramos nuestra firme oposición a la persistencia de un monopolio en el suministro de stents. Con el sistema actual es probable que continúen apareciendo dificultades serias y es nuestro compromiso ético intentar evitarlas, para mayor seguridad de nuestros pacientes".

Esta es la posición de la Cátedra de Cardiología y de la Sociedad Uruguaya de Cardiología.

SEÑOR DIESTE.- Hubo una reunión con la Cámara de IMAE en la que participaron los doctores Lluberas y Vázquez. Allí, la Cámara tomó la resolución de aceptar una negociación con el Fondo Nacional de Recursos, pero interpretó mal la posición de la Sociedad Uruguaya de Cardiología y de la Cátedra de Cardiología, considerando que nosotros apoyábamos ese porcentaje del 5%, cosa que no es

así. En otra reunión, volvimos a insistir en el tema y se presentó una nueva carta al Fondo Nacional de Recursos, en la que manifestamos que nosotros no estábamos de acuerdo con esa medida porque, en definitiva, es un monopolio disfrazado.

SEÑOR DÍAZ.- Quiero destacar que la empresa proveedora de stents, por un acuerdo con el Fondo Nacional de Recursos, está renovando algunos de los stents con los que contábamos inicialmente, por otros con nueva tecnología y modificaciones que, supuestamente, tienden a solucionar algunos de los problemas a los que nos vimos enfrentados.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Efectivamente, estuvimos en esa reunión, junto con el profesor Lluberas y la doctora Giambruno, Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Cardiología. Nosotros no estábamos de acuerdo porque se nos ofrecía esa posibilidad de tener un 5% de otros dispositivos para utilizar, pero nos trasladaban la responsabilidad de decidir a quién sí y a quién no; y, además, es muy difícil determinar cuál es el paciente que se va a complicar; después que se produce la complicación es que se actúa. Por ese motivo, rechazamos de plano esa propuesta.

Es más: el día que se nos citó a esa reunión con la Cámara de IMAE, lo que se hizo fue informarnos de cuál era la postura que iba a llevar la Cámara -que es uno de los integrantes de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos-, y el Fondo lo tomó como que habían negociado con nosotros, pero en realidad no negociaron nada.

Desde un primer momento estuvimos en contra y seguimos estándolo; consideramos que esta es una medida contraproducente para la cardiología intervencionista.

SEÑOR RADÍO.- La nota me parece muy clara y contundente.

Solo quisiera hacer una pregunta relacionada con las investigaciones llevadas a cabo por el Fondo Nacional de Recursos que, de alguna manera, son cuestionables. ¿Ustedes cuestionan la validez científica de estas investigaciones?

SEÑOR DÍAZ.- Sí.

SEÑOR RADÍO.- Veo que asienten, por lo que considero que sí.

SEÑORA LLUBERAS.- Nosotros no conocemos el trabajo que han presentado y no podemos opinar de algo que no conocemos. Lo que sí cuestionamos -que es cuestionable en toda actividad científica- es que el que esté investigando tenga algún tipo de compromiso, de interés en el plano de la investigación. Por supuesto que eso es cuestionable aquí y en cualquier lugar del mundo. Eso es lo que hemos cuestionado y lo vamos a seguir cuestionando. Eso no significa que el estudio no tenga validez; tenemos que verlo, pero desde el punto de vista del procedimiento nos parece que no es el adecuado.

SEÑOR DÍAZ.- Tenemos certeza de que en esta investigación que se llevó a cabo -y que no conocemos- no se tuvo en cuenta lo que acontece dentro de las salas de hemodinamia, en el momento en que se trata a los pacientes, es decir, cuáles son las dificultades que uno tiene.

No conocemos el estudio, pero probablemente se tomaron en cuenta los resultados que llegan al Fondo Nacional de Recursos, aislados, sin conocer cómo ha cambiado nuestra práctica diaria.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- En el documento que nos entregaron dice: "Una vez en funcionamiento el nuevo sistema, en febrero del corriente año, se constataron dificultades técnicas e incidentes de variada seriedad en una frecuencia que llamó la atención [...]". Quisiera saber cómo se califica ese tipo de frecuencia a que se alude en esos veinte casos.

El Fondo Nacional de Recursos presentó un documento donde no especifica la cantidad de pacientes. Yo les pregunté a cuántos pacientes implicaban los stents colocados, ya que en el documento comparaban pacientes con número de stents colocados, y dijeron que esa comparación era un error. Por lo tanto, no sabemos si esos

veinte casos son una frecuencia baja, mediana o alta. Por eso les pregunto por qué les llamó la atención la frecuencia. En ese lapso, ¿cuál es la frecuencia esperable de pacientes con complicaciones?

SEÑOR VÁZQUEZ.- En ese sentido, creo que fuimos claros. Los casos que fueron presentados por todos los Centros de Hemodinamia del país fueron casos que todos los hemodinamistas del Uruguay estuvimos convencidos que estaban vinculados con el dispositivo, porque antes no ocurrían. No eran complicaciones comunes que pueden ocurrir en las salas de hemodinamia, sino nuevas complicaciones que hasta ahora no habían ocurrido, y en ese sentido fue que las presentamos

Para nosotros era más que contundente la evidencia que habíamos presentado. Esos veinte casos fueron recopilados solamente en tres meses -como bien se establece en el documento- y fueron analizados por un grupo de médicos, particularmente por dos colegas que no son intervencionistas y que contrató el Fondo Nacional de Recursos. Por lo general, el Fondo los contrata -aparentemente, los contrata- para auditar los casos de hemodinamia, y los conocimos en esa reunión. Se trataba de colegas no intervencionistas, y analizamos con ellos once de los veinte casos que presentamos. Teóricamente, habían tenido una consulta, pero no sabemos con quién. Por ahí han aparecido versiones de que había sido con la clínica de Favaloro, pero no tenemos constancia de ello. Inclusive, hablamos con el Jefe del Servicio de Hemodinamia de la Fundación Favaloro, quien descartó que haya habido alguna reunión para aclarar el tema.

Los colegas tenían los casos previamente presentados y vinieron con anotaciones sobre cada uno de ellos. Esas anotaciones se rebatieron, y ellos no tuvieron capacidad de definir -porque no son técnicos- los problemas técnicos que nosotros habíamos visto. Inclusive, llevamos los documentos angiográficos, pero no fueron rebatidos en ninguno de los casos.

Más adelante, cuando concurrimos a una segunda reunión, en la cual teóricamente se iba a analizar el resto de los casos, estos colegas ya no estaban; no se discutieron el resto de los casos y el Fondo consideró -como decía el señor Diputado- que el número de casos no era suficiente, que eran muy pocos en comparación con el número de stents implantados.

Por ese motivo consideramos que la evidencia era más que suficiente; que no íbamos a seguir. No hay que olvidar que estamos hablando de stents que están implantados en personas, y eso expone muchísimo; hay toda una connotación médico-legal detrás de todo esto. Entonces, si bien se nos obliga a utilizar este dispositivo, creímos que lo mejor era seguir reportando -como decía el doctor Dieste-, como lo hacemos habitualmente, todas las complicaciones por la vía habitual, pero no denunciar puntualmente los casos vinculados al stents.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Entonces, los veinte casos reportados son veinte casos que en las circunstancias anteriores, es decir, cuando se utilizaba multiplicidad de marcas, no deberían haber existido. ¿Entendí bien?

SEÑOR VÁZQUEZ.- Exactamente.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Hay otro aspecto que está muy vinculado con esto. ¿Por qué entienden ustedes que es un retroceso? ¿Cómo se cuantifica ese retroceso? ¿Cómo se verifica ese retroceso en la cardiología intervencionista, como plantean ustedes en el documento?

Finalmente, lo que dicen ustedes es noche y día con respecto a lo que señalaron las autoridades del Fondo Nacional de Recursos. ¿De dónde deducen ustedes que el Fondo está reconociendo el grave error cometido al implementar el monopolio? La verdad que a mí lo que me quedó en claro fue lo contrario, es decir, que el Fondo Nacional de Recursos estaba satisfecho y veía que era una buena decisión, pero lejos estuvieron de reconocer eso.

SEÑOR RADÍO.- Creo que hay un reconocimiento implícito en la medida en que se abre la posibilidad de utilizar un 5% de stents diferentes. Me parece que eso es lo que dice la nota.

SEÑORA VÁZQUEZ.- Por lo menos eso fue lo que quisimos expresar.

SEÑOR GARCÍA.- Quisiera preguntar algo al profesor Lluberas con relación a este porcentaje del 5%.

En la sesión anterior hubo una intervención del contador Guerrero que, respondiendo una pregunta, dijo textualmente: "En cuanto a la opinión de la Cátedra, en el Distribuido Nº 2124/2013 del Senado, figura de dónde salió el 5%. En esa versión taquigráfica de la Comisión del Senado, el doctor Lluberas dice: 'Con respecto al porcentaje de complicaciones que tenemos específicamente con este stent -pregunta que me fue hecha, justamente, días pasados, en el Fondo-' -la pregunta la formuló quien habla y él contestó un 2% o 3%, pero acá lo amplió a 5%- 'debemos decir que se ubica en el entorno de un 5%'. De ahí sale el 5% que figura en el convenio. Era para aclarar que acá está la posición de la Cátedra o, por lo menos, del catedrático".

Digo esto porque aparece el doctor Lluberas como marca registrada del 5%.

SEÑOR LLUBERAS.- Las palabras las dije, pero no fueron bien interpretadas por parte del contador Guerrero. Cuando se me preguntó en qué porcentaje estimo los problemas que pueden ocurrir con este dispositivo dije que en un 5%, en una estimación absolutamente grosera. Teníamos que dar un porcentaje razonable y nos pareció que era ese. No había hecho un estudio concienzudo del porcentaje de problemas que se podían dar.

Cuando mencionamos ese 5% nos estábamos refiriendo a lo que veíamos que estaba pasando en el ambiente nuestro: teníamos algún incidente con uno de cada veinte pacientes y esa frecuencia llamaba la atención. Ese fue el mensaje que queríamos trasmitir. Algún stent se nos trancaba, teníamos dificultades de navegación, otro se retraía; ocurrían determinado tipo de incidentes y, aunque tenemos que decir con mucha lealtad que no se han producido muertes, somos conscientes de que con estos problemas que tenemos en la sala de hemodinamia pueden llegar a ocurrir. Esa fue la estimación que hicimos: uno de cada veinte procedimientos que hacemos implican algún tipo de incidente y tenemos que estar alertas para que no nos ocurra nuevamente.

SEÑOR CHIESA.- El otro día manifestábamos en presencia del Fondo que lo que se dice es que acá no hay un problema de marca o calidad del stent sino de disminuir las posibilidades de manejo de otra gama de stents que permita sortear la situación que ustedes están planteando ahora. Lo planteé para ver si habíamos entendido cuál era la preocupación de los hemodinamistas con respecto a esto.

SEÑOR LLUBERAS.- Tenemos que remarcar que no estamos en contra de un determinado producto; estamos a favor de la diversidad de opciones porque si tenemos un problema con un stent —que puede ser el de la marca que está disponible en este momento o de otra que también puede plantear problemas- deberíamos poder utilizar otro; sabemos que otros que existen disminuyen la posibilidad de tener dificultades. Estamos defendiendo desde el principio otras alternativas de tratamiento.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Estuve con el profesor Lluberas cuando mencionó en el Senado que hay un 5% más de complicaciones que creíamos vinculadas a esta nueva forma de trabajar. Esa cifra es un porcentaje muy alto, pero de ahí razonar que entonces hay que dar un 5% de otros stents para solucionar el problema es un error conceptual. Nosotros no sabemos de antemano cuál es el paciente que se va a complicar. Que aumente un 5% el número de complicaciones es realmente preocupante en un procedimiento que debería tener mucho menos complicaciones que estas. Sin duda, las palabras del profesor Lluberas fueron sacadas de contexto o utilizadas para abrir juego a esta suerte de nuevo arreglo que hizo el Fondo con los IMAE, con el que no estamos de acuerdo.

Desde el primero momento estamos esgrimiendo la multiplicidad de stents. No es caprichoso; no es que queramos: cada stent es diferente; cada stent tiene características diferentes. Algunos navegan más, otros tienen más fuerza radial pero navegan menos y sirven para cuando hay lesiones calcificadas; otros se dejan atravesar mejor para cruzar de un vaso a otro. Por ese motivo es importante tener una gama para elegir el stent apropiado para la situación adecuada. Eso únicamente se hace en la sala de hemodinamia y no en forma administrativa, por eso en todas las salas de hemodinamia del mundo hay diversidad de stents. Esto permite utilizar el más apropiado para cada caso, como hicimos nosotros hasta el 1º de febrero de este año.

SEÑOR DIESTE.- Creo que el diálogo con el Fondo Nacional de Recursos se ha convertido en un diálogo de sordos. Nosotros vamos, decimos, planteamos, inclusive advertimos antes de la adjudicación de esta licitación, pero nunca nos escucharon. Nuestra sensación es que la decisión ya estaba tomada y la siguen manteniendo porque obviamente debe haber compromisos económicos muy graves para el Fondo en caso de romper el monopolio. ¿Cuál es la justificación de mantenerlo si nosotros que somos los que tenemos la práctica médica, los que estamos en la línea de batalla, queremos otro tipo de dispositivo para trabajar sobre los pacientes? Le hemos demostrado al Fondo que ha habido complicaciones serias y el Fondo dice que no, que esto implica US$ 800.000 de ahorro. Más que ahorro debe tratarse de una multa enorme porque este compromiso es por tres años, y seguramente por eso el Fondo mantiene su posición y decisión.

Por otra parte, cuando dice que va a hacer un trabajo, lo hace con sus empleados, juez y parte; cuando dice que va a consultar a un médico extranjero, contrata a un médico extranjero. Acá no hay nadie imparcial que diga: "Esto está bien, está mal, está funcionando bien o está funcionando mal". Es como un diálogo de sordos, y nuestra presencia acá se debe a eso. Vamos al Fondo, hablamos con las autoridades técnicas y no nos escuchan, o nos escuchan y no les interesa lo que decimos.

SEÑOR CHIESA.- Lo que se plantea dentro de ese 5% es que el stent lo van a comprar los IMAE y después el Fondo Nacional de Recursos lo va a reponer. Eso es lo que dice el convenio y por lo que nos explicaron ese va a ser el sistema.

No tengo idea de cuánto sale un stent en concreto, pero seguramente sea unos cuantos pesos. ¿Hay alguna posibilidad de que los IMAE compren una gama de stents y que estos sean repuestos por el Fondo en la medida en que ustedes los utilizan, para tener la seguridad de que va a existir siempre la cantidad de stents necesarios para trabajar y adecuarlos al paciente?

SEÑOR DIESTE.- Estamos en el límite del 5%. Al tener la limitante del 5% yo tengo que utilizar en los pacientes el 95% que el Fondo compró y tengo un 5% que lo puedo utilizar en uno. Pero, ¿y si me paso? ¿Si viene el paciente número seis, le digo que tiene que esperar al mes que viene? No es viable; no soy Dios para decir: "A vos sí, a vos no". Estamos en contra de ese 5% porque es una falacia. No existe la ruptura del monopolio. O se rompe o sigue como está.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la presencia de la delegación.

Estamos en contacto para cualquier otra consulta.

(Se retira de Sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Cardiología)

(Ocupa la Presidencia la señora Diputada Sanseverino)

SEÑORA PRESIDENTA.- Ingresamos a la consideración del asunto que figura en segundo lugar del orden del día: "Profesión de Licenciado en Nutrición. (Se regula su ejercicio)".

Tomamos el proyecto de ley que los Diputados firmamos para dar inicio al debate en esta Comisión. Lo que figura en rojo son los artículos redactados por Audyn, Asociación de Nutricionistas del Uruguay. Ellos nos entregaron un proyecto y nos dijeron que habían trabajado mucho, con muchos académicos de la Universidad, y que les parecía que se podía complementar. Nosotros hicimos un ajuste de los dos proyectos, que se parecen bastante con la única diferencia de que cuando se habla de las funciones, sobre todo en el artículo 4º, Audyn incorpora muchas más acciones y tareas de lo que debe hacer un licenciado en nutrición, tanto en los servicios de alimentación colectiva, nutrición clínica, industria alimentaria como en el marketing de la educación alimentario nutricional y en la nutrición deportiva.

Al respecto, hicimos un ajuste de artículos. Hay cosas que son muy generales y otras que puede ser muy importante analizar para saber cómo funciona el nutricionista en los equipos de primer nivel de salud —estas son algunas de las cosas que pueden estar generando problemas- y los lugares que ocuparían en los servicios e instituciones.

SEÑORA PASSADA.- Estuvimos analizando el tema y nos parece que las modificaciones planteadas atienden algunas cosas que no contemplaba el proyecto original, incluido el aspecto educativo.

Me gustaría saber si estamos en condiciones de aprobar el proyecto en general, como forma de darle ingreso. En mi caso, estaría en condiciones de aprobar el proyecto que contiene las nuevas propuestas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pienso que hay algunas cuestiones que podríamos analizar con más detenimiento como, por ejemplo, lo que tiene que ver con el artículo 4º, que refiere a las funciones de los Licenciados en Nutrición.

El proyecto detalla el objeto, la profesión, las tareas generales, los requisitos para ejercer la Licenciatura, la certificación y la habilitación del Ministerio de Salud Pública. De todos modos, creo que deberíamos concentrarnos en el artículo 4º porque podría haber ciertas diferencias en cuanto a los lugares y los roles, sobre todo en las instituciones.

El numeral 1 del artículo 4º, denominado "Nutrición clínica", establece dirigir la asistencia nutricional en los centros de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud en todos los niveles de atención, con un enfoque de promoción. Se habla de valorar el estado nutricional, de indicar el tratamiento nutricional mediante el proceso de Educación Alimentario y Nutricional, de coordinar acciones, de indicar complementos y suplementos nutricionales y de la vigilancia. Habría que ver si estamos de acuerdo con los verbos utilizados.

Si les parece, podemos votar el proyecto en general para luego considerar el articulado.

SEÑOR CHIESA.- Habíamos analizado el proyecto original, teníamos algunos reparos y planteamos algunas modificaciones. Ahora, como nos vamos a basar en esta otra propuesta, me gustaría tomarme un tiempo para poder analizarla. En principio, podríamos aprobarlo en general para luego considerar su articulado.

SEÑOR RADÍO.- De una lectura primaria de los dos proyectos, está claro que no son incompatibles. Podríamos hacer una aprobación conceptual en cuanto a la reglamentación de la profesión para luego entrar en el análisis del articulado.

SEÑORA PASSADA.- Sería bueno contar con un comparativo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto en general con las modificaciones sugeridas.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Vamos a solicitar a la Secretaría que realice un comparativo entre el proyecto que ingresó con nuestras firmas y esta nueva versión que incorpora la iniciativa de Audyn, de modo de analizarlo en la próxima sesión.

Se levanta la reunión.